**COMISIÓN DE POBLACIÓN, DESARROLLO E INCLUSIÓN**

*(Sesión celebrada el día 11 de junio de 2018).*

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Habiendo número, está abierta la sesión.

*(Son las 15:40).*

–Dese cuenta de un asunto entrado.

*(Se da del siguiente).*

«La Coordinadora de Entidades Pro Bienestar del Anciano del departamento de Colonia solicita entrevista para expresar su opinión sobre el proyecto de ley de Promoción del Voluntariado».

–Hacemos pasar, entonces, a los representantes de la Sociedad Uruguaya de Pediatría.

*(Ingresan a sala los representantes de la Sociedad Uruguaya de Pediatría).*

–La Comisión de Población, Desarrollo e Inclusión del Senado tiene el gusto de darles la bienvenida. Como ustedes saben, estamos tratando un proyecto de ley relativo a los derechos de las personas trans. La intención de los integrantes de esta comisión es conocer su opinión y ver los aportes que pueden hacer, ya que dentro de poco tiempo vamos a tener que decidir sobre este asunto, tanto en comisión como en el Senado de la república.

Teniendo en cuenta que vamos a escuchar varias opiniones, les pedimos que en unos quince minutos nos transmitan todo lo que puede ser importante para nosotros.

Sin más, les damos la palabra.

**SEÑORA FERNÁNDEZ.-** Buenas tardes.

En nombre de la Sociedad Uruguaya de Pediatría –institución a la que represento como presidente en este momento– queremos agradecerles esta instancia.

Este tema lo había llevado a la mesa de la comisión directiva y empezamos a trabajar en él. Por tanto, esta oportunidad es fundamental para nosotros.

Les presento a quienes me acompañan: la doctora Graciela Varín –pediatra, integrante del Comité de Adolescencia de la Sociedad Uruguaya de Pediatría y de la Asociación Latinoamericana de Pediatría, también es sexóloga y docente universitaria– y el doctor Carlos Zunino, profesor adjunto de Clínica Pediátrica de la Facultad de Medicina y, además, integrante del Comité de Farmacología de la Sociedad Uruguaya de Pediatría. Quiero señalar que los currículums están en la documentación que les hicimos llegar.

A su vez, les agradezco esta instancia para hablar del tema. Si el señor presidente lo autoriza, dejo que mis colegas hagan uso de la palabra porque, si bien estamos trabajando juntos, ellos son quienes han manejado más el asunto y hace varios años que lo están estudiando.

**SEÑORA VARÍN.-** Buenas tardes.

Queremos hacer hincapié en aspectos que ustedes ya conocen, pero no tenemos intención de repetir información que ya les entregamos. Fundamentalmente queremos decirles desde qué lugar encaramos este tema.

También quiero agradecer que nos tengan en cuenta, al igual que lo hizo la doctora Fernández. Ya que trabajamos con niños, niñas y adolescentes, nos parece muy bien que nos pregunten.

Nosotros tratamos de despatologizar el tema, o sea que no hablamos de disforia de género, como consta en el DSM-5. Si bien este manual, que es estadístico y de enfermedades y trastornos mentales, cambió desde el DSM-4, en cuanto a considerar trastorno sexual a lo que hoy se llama «disforia de género», sigue, de alguna manera, tiñendo de patologización algo que nosotros consideramos que es una forma diversa de presentarse el género en la especie humana. Es decir que nosotros hablamos más bien de diversidad humana cuando abordamos estos temas.

En este sentido, queremos hacer la salvedad de que se introdujo esto porque en el caso de determinados seguros de salud –como, por ejemplo, hay en Estados Unidos y otros lugares–, para que la gente tenga acceso a la prestación de salud y esté cubierta, se necesita que el tema esté patologizado. Entonces creemos que en nuestro país, dado este proyecto de ley que se está tratando ahora y la forma como hemos trabajado, sobre todo con los derechos de niños, niñas y adolescentes, hacer esa aclaración era muy importante.

Entendemos que existe una invisibilización y una negación de la diversidad de género en la infancia. Pensamos que se parte de la idea de que la infancia es asexuada o está desvinculada de la sexualidad. Por eso es que tampoco, incluso desde la salud, muchas veces no vemos lo que los chicos nos están diciendo a gritos con diferentes formas de expresarse. Esto frecuentemente tiene que ver con síntomas, que algunos estudiosos han sugerido que es por el hecho de presentar esta característica. Y creemos que esos síntomas, como la baja autoestima, la pobre imagen de sí mismo, las conductas desafiantes que muchas veces estas niñas y niños tienen, se deben a la estigmatización, en primer lugar por su familia, luego por los centros educativos y ni que hablar por la sociedad en general. De manera que no es característico de los niños y niñas trans tener estos síntomas, sino que es como una defensa para acomodarse a ese ambiente hostil en el que están. ¿Por qué digo esto? Porque cuando se les ha ayudado a que se expresen sin connotaciones, sin estigmatización, son personas que llegan a ser adolescentes y después adultos trans y pueden perfectamente desarrollarse sin ningún problema, en una sociedad abierta, que los contiene, que no los expulsa.

Consideramos, entonces, que para que puedan vivir con una autoestima adecuada, bienestar y salud, es muy importante que aquellos niños que no están conformes con su género puedan ser aceptados, amados, apoyados incondicionalmente, primero por su familia y después por la sociedad en la que están insertos. Por eso, defendemos mucho el enfoque humanista, centrado en la persona y no en la patología.

**SEÑOR ZUNINO.-** En primer lugar, nosotros, como pediatras, estamos muy gratificados de que se incluya a los niños, niñas y adolescentes en este proyecto de ley. En ese marco, adherimos totalmente a la necesidad de contar con una ley con acciones afirmativas para las personas trans.

Con relación a los niños, niñas y adolescentes, creemos que es fundamental que estén incluidos y que se concreten estas acciones afirmativas desde la infancia para poder garantizar todos sus derechos, obviamente también en la adultez.

En cuanto al artículo 17, que es la norma que nos pidieron que analizáramos desde la Sociedad Uruguaya de Pediatría, consideramos muy importante que a la hora de plantear tratamientos con respecto al cuerpo, tanto el freno de la pubertad, tratamientos de hormonización o cirugías, se mencione a las personas menores de 18 años.

En cuanto a esto, como equipo de salud consideramos que hay que tener en cuenta que es un proceso que no necesita ser diagnosticado porque la transexualidad no es una enfermedad, pero sí requiere un acompañamiento. Este debe ser realizado por el equipo de salud y por otros sectores, y debe ser un trabajo interdisciplinario e intersectorial. En ese acompañamiento, las distintas alternativas terapéuticas para transformar el cuerpo o para la reasignación del sexo se darán como ocurre con otros problemas de salud, en forma gradual y de manera individualizada. Es decir, nosotros no planteamos que todos los niños, niñas y adolescentes trans tomen como primera medida la hormonización, pero sí creemos que todas las personas deben poder ejercer el derecho de acceder a estas prestaciones.

En cuanto al modo en que la ley estipula que los menores de 18 años puedan gozar de estos derechos, nosotros queremos hacer una serie de puntualizaciones. En primer lugar, consideramos que en Uruguay existe una normativa con relación a la salud y a los adolescentes que ha avanzado garantizando muchos de sus derechos. Entre esas normas está el respeto a la autonomía y el reconocimiento de la autonomía progresiva de los niños, niñas y adolescentes. Pensamos que las personas trans deben tener los mismos derechos y, por lo tanto, a los niños, niñas y adolescentes trans se les debe respetar el derecho a que el equipo de salud pueda determinar la competencia frente a determinados abordajes y puedan tomar decisiones autónomas según el grado de madurez que presentan. Entonces, sería bueno poder reflexionar sobre la necesidad de que en todos los casos los representantes legales tomaran conocimiento, tal como lo estipula el proyecto de ley. Nosotros sabemos, como decía la señora Varín, que muchas veces los primeros en expulsar a estas personas son sus familias. A raíz del censo realizado en 2016 se pudo ver que hay muchos datos que plantean que el desvínculo familiar en las personas trans se produce, en un alto porcentaje, antes de los 18 años. Por lo tanto, consideramos que estas prestaciones y estos derechos pueden ser vulnerados en vez de garantizados si en todos los casos se exige la presencia de los representantes legales. Además, se desconoce lo que la normativa nacional ha garantizado, que es el respeto de la autonomía progresiva. Dentro de esta normativa que frecuentemente es utilizada en la salud, que está dentro del paradigma de la atención en salud, con relación a los niños y adolescentes, destacamos la Ley n.º 18335 y la Ley de Defensa del derecho a la salud sexual y reproductiva que modifica el Código de la Niñez al consagrar el concepto de autonomía progresiva. Lo que la Sociedad Uruguaya de Pediatría quiere rever es la posibilidad de incorporar estos avances, que ya están garantizados para todos los niños, niñas y adolescentes, en esta ley de acciones afirmativas, para las niñas, niños y adolescentes trans.

**SEÑORA PAYSSÉ.-** Quería aprovechar para plantear –a pesar de que leí de manera sesgada lo que han planteado–, fundamentalmente, el comentario que hacen acerca de cuál sería la edad en la que en niñas y niños empieza la pubertad, aunque a veces puede darse a otra edad, alrededor de los 8 años; pero, en definitiva, es un lapso. En fin; me interesa saber cómo se acompasa el término de la autonomía progresiva –que acaban de plantear– con la estabilización de todos esos cambios que emergen en la pubertad. Justamente, si hay una época de cambios en la vida de las personas es la de la pubertad, la adolescencia o como se le quiera llamar.

Hemos recibido muchas opiniones, no todas coincidentes con las nuestras ni entre ellas, pero las seguimos recibiendo para ver luego cómo nos manejamos. La idea, entonces, es saber cómo se acompasan estos cambios naturales que, como ustedes plantean, en las niñas se da entre los 8 y los 13 años, mientras que en los varones es entre los 9 y los 14 años, aproximadamente. Es decir que quisiéramos saber cómo funcionaría esto con todos esos cambios físicos porque, si no me equivoco, el común denominador que tenemos aquí es la preocupación por el apresuramiento en la toma de decisiones. Capaz que es un error de nosotros porque no tenemos los conocimientos necesarios con que cuentan ustedes, pero me interesa saber cómo se acompasa lo que nosotros podemos considerar un apresuramiento en la toma de decisiones y la posibilidad de revertir esas decisiones.

En mi opinión, hay dos elementos a tener en cuenta que me parecen importantes. Por un lado, está el cambio del nombre registral, que se cambiará y se podrá volver atrás, porque sus efectos son de otra naturaleza –lo digo humildemente, desde el conocimiento que tengo de esta materia–, pero, por otro, tenemos la hormonización o la cirugía, que generan más impacto en lo que tiene que ver con la toma de decisiones.

En síntesis, me interesa saber cómo se ajustan las edades planteadas por ustedes, sobre todo, porque hemos recibido otros comentarios en cuanto a la duración de la pubertad o la adolescencia, independientemente de la autonomía progresiva, concepto que entiendo claramente. Considero que estas posibilidades se tienen que acompasar con toda la evolución física –por decirlo de esta manera, seguramente sería mucho mejor poder emplear los términos médicos–, pero no son coincidentes los datos y las apreciaciones que hemos recibido, no solo de parte de quienes plantean el

tema de la patologización como de quienes no, sino también de quienes hablan del momento más adecuado y del acompañamiento y el proceso de evolución, cosa que ustedes mismo han señalado.

**SEÑORA FERNÁNDEZ.-** Mis compañeros complementarán posteriormente este tema, pero quiero decir que nos preocupa y mucho, sobre todo en lo que tiene que ver con el no apresuramiento y con la prudencia para iniciar tratamientos que determinan consecuencias en los pacientes. Eso ha sido aclarado en el documento que entregamos a los señores senadores, el que, precisamente, surge de un trabajo conjunto con endocrinólogos.

¿Cuál es el problema? Que la suspensión de la pubertad implica que determinados hechos que deberían darse como, por ejemplo, el crecimiento en altura, sean afectados. Se puede pensar, unos somos más altos y otros más bajos, pero un tratamiento de este tipo puede impactar en el niño, niña o adolescente cuando llegue a esa etapa. El tratamiento dura cuatro años, o sea, no es de dos días, pero, de todos modos, el concepto que se maneja es el de la reversibilidad. Antes de entrar a sala repasábamos con mis compañeros los conceptos importantes que íbamos a transmitir, como el hecho de que la adolescencia es una etapa en la que pueden ocurrir determinadas cosas. Puede ocurrir –recordemos que todos fuimos adolescentes–, por ejemplo, que a alguien le guste otra persona del mismo sexo, pero esa etapa de homosexualidad puede ser transitoria y ese adolescente después vuelve a aceptar su sexo y siente atracción por alguien del sexo opuesto. Lo mismo puede pasar con esto, es decir, que lleguen a una determinada etapa –en realidad, no hay números y, por eso no queremos hablar de porcentajes–, empiecen con la inhibición de la pubertad y a los 17 o 18 años digan que quieren volver a ser cómo eran antes. Nos parece que ese acompañamiento –de ahí el valor que damos al pediatra dentro del equipo de salud– es fundamental para ver en qué momento hay que empezar los tratamientos, porque una cosa es una niña que tiene su menarca –es decir, su primera menstruación– y no la tolera porque quiere tener el cuerpo de un varón, y otra cosa es un varón, a quien el hecho de que le crezcan los testículos no le afecta demasiado. Por eso hay que ver caso a caso y estudiar cuándo es el momento cuando frenar una menstruación no implica inhibir la pubertad, es decir, se pueden ir haciendo cosas hasta que se va adaptando a la situación.

No podemos –y lo planteamos como Sociedad Uruguaya de Pediatría– meter la cabeza como la avestruz y decir: «no miro esto», porque los niños llegan a la consulta de los pediatras y somos nosotros los que los vemos. Me sumo a las manifestaciones de mis compañeros: cuando vienen a la consulta no siempre lo hacen acompañados por sus padres, sino por un hermano o por un amigo. Pongámonos a pensar qué nos pasaría –saquemos las mentalidades retrógradas que tuvimos o los pensamientos muy radicales– si nuestros hijos nos plantearan una situación así. Podríamos aceptarlos, quererlos –porque son nuestros hijos–, o rechazarlos. Todos sabemos de niños que están en esta situación, que son aceptados y apoyados por sus padres, y de niños que son rechazados y terminan viviendo con amigos o con abuelos.

Entendemos que hay que ser prudentes; es un camino muy largo y no es algo que se solucione en un año ni en dos. Es un proceso y como tal tiene cuello de botella, momentos en que las cosas van a ser más lentas y complejas, y otras veces que van a fluir más rápidamente.

**SEÑORA VARÍN.-** Una niña o un niño trans lo sienten desde pequeños.

Debemos tratar de sacar los miedos o fantasmas que existen en el sentido de que un niño con ocho o nueve años diga que quiere operarse y que como su madre no lo deja va a ir al juez. No es así. No todas las personas trans siguen el camino de bloquear, hormonización y después operación. Muchos no están operados ni quieren operarse.

En esta población hay una gran diversidad de personas que desean estar de diferente manera.

Por otro lado, este es un proceso y por lo tanto nunca vamos a bloquear e inmediatamente hormonizar. La hormonización lleva un tiempo y es poco reversible, pero antes de eso hay que bloquear la pubertad y eso lleva cuatro años. Es decir que ese niño o niña puede decir en ese período que estaba confundido y que no quiere esos cambios.

Siempre hay tiempo, no pasa de un momento a otro; es fundamental tenerlo presente. Además, eso también tiene que ver con la historia de las personas trans. Creo que esta ley hizo algo muy bueno: no solamente se hizo desde un escritorio y desde personas teóricas, sino que para ello se consultó a las propias personas que vivían esta situación y se vio el sufrimiento que

acarreaba. Debemos evitar que esto pase porque esas personas sufren mucho e incluso muchos de estos niños se suicidan.

**SEÑOR ZUNINO.-** Quiero responder concretamente a la pregunta realizada por la señora senadora.

En todo tratamiento que se indica a un niño, niña o adolescente se tiene que balancear entre los riesgos y los beneficios. Es verdad que muchos de los tratamientos tienen sus riesgos, pero también sus beneficios y por eso hay que conocer ambos casos y ponerlos en la balanza para adecuarlo a cada situación en particular.

Esto no se diferencia con otras intervenciones en salud en el resto de los niños, niñas y adolescentes como, por ejemplo, con la interrupción voluntaria del embarazo. En el Uruguay la interrupción voluntaria del embarazo puede realizarla un adolescente en forma autónoma si demuestra que tiene un grado de madurez suficiente como para tomar esas decisiones. Eso está estipulado en la normativa nacional y desde el equipo de salud lo consideramos muy positivo. Por lo tanto, en otros casos, por ejemplo en el de un adolescente que está en etapa terminal o en cuidados paliativos, a medida que su madurez lo permita, podrá tomar decisiones sobre el final de su vida. Quiere decir que en muchas situaciones, desde las más simples como el control de salud, si quiere decidir entrar con su madre, padre o solo, hasta situaciones muy complejas, cabe preguntarse dónde está la dificultad, si es que existe. En realidad, esa dificultad depende de que el equipo de salud se dé cuenta de si ese niño, niña o adolescente puede tomar una decisión sobre su propia salud o sobre ese caso en particular. La competencia, que es esa capacidad de poder comprender y saber cuáles son los riesgos, los beneficios y las consecuencias de lo que puede pasar si se decide en un sentido o en otro, varía de acuerdo con las situaciones que se plantean y con el tiempo, ya que hoy se puede ser competente para algo y más adelante tal vez no. Asimismo, todo puede variar de acuerdo con la gravedad de lo que se está planteando.

En definitiva, se trata de una situación para la que no hay edades ni procedimientos concretos a determinar, sino que se trata de la unión del análisis de la madurez del niño y su competencia y del contexto en que se está dando la toma de decisiones, así como de la gravedad o complejidad de la toma de decisión que se requiere.

Esto es igual para todos los adolescentes, y desde el decreto reglamentario y la Ley n.º 18335, así como desde la medicina y el paradigma de una perspectiva de derechos, está estudiado para todos los adolescentes. Por nuestra parte, consideramos que no existirían diferencias con los niños, niñas y adolescentes trans.

**SEÑOR OTHEGUY.-** Quiero agradecer a la delegación por habernos aportado una serie de enfoques que son necesarios para el análisis de este proyecto.

Quiero hacer una consulta muy concreta. No me queda claro el tema de la autonomía progresiva y pienso que es clave el acompañamiento, así como el equipo multidisciplinario que acompaña al niño o la niña en todo este proceso. Me parece que el Uruguay puede avanzar mucho y dar un salto cualitativo con esta ley, garantizando el acceso a ese derecho. También hemos recibido bastante información acerca de cómo afecta esto a niños y niñas que no pueden acceder a este tipo de tratamientos y de las consecuencias negativas que esto acarrea. Mi única duda es el tema de la intervención quirúrgica para el cambio de sexo antes de los 18 años. Hasta ahora nosotros no hemos recibido una información contundente de que eso sea un elemento central de todo este análisis que estamos haciendo del tema, que justamente va a la idea de contener a ese niño o niña, darle una respuesta y el acompañamiento necesario, además de lo relativo a la hormonización. Pero, incluso, cuando hemos recibido a la gente que trabaja en el Saint Bois, como Daniel Márquez, nos han dicho que no han tenido hasta ahora casos de niños que requieran el cambio de sexo como una condición para no provocar esos desequilibrios. Entonces, la pregunta es si suma o resta a este proyecto de ley que quede contemplada la intervención quirúrgica antes de los 18 años, en lugar de que sea algo que la persona defina luego de cumplida esa edad y sea libre de tomar la decisión que entienda más conveniente.

**SEÑOR ZUNINO.-** En primer lugar quiero aclarar que se llega a la operación luego de varias cuestiones médicas previas que llevan un tiempo determinado lo que hace que, generalmente, no dé para que estas situaciones ocurran antes de los 18 años.

Ahora bien, con la misma perspectiva de lo que se estuvo explicando sobre la autonomía progresiva, la cirugía no tendría diferencia con otras cuestiones. Lo que habría que valorar es el grado de madurez de ese adolescente para determinar si puede o no realizarse la cirugía, si es que ésta se puede hacer desde el punto de vista médico.

¿Por qué no se ha dado? En la bibliografía generalmente se plantea después de los 18 años por una cuestión evolutiva de todas las intervenciones que se realizan.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** En concreto, ustedes, como organización, ¿estarían de acuerdo en sacar ese punto del proyecto de ley?

Hago esta consulta, porque estamos todos para votar a favor de un proyecto de ley trans. Por la cantidad de cosas que hemos ido evaluando y analizando, todos queremos que no haya más discriminación, estamos de acuerdo en votar gran parte de los artículos de este proyecto de ley y tenemos coincidencias en la mayoría de las cosas –salvo en dos– por todas las situaciones que se están viviendo.

Entonces, por encima de las explicaciones que se han brindado sobre los temas, me gustaría saber si ustedes, como organización, estarían de acuerdo en retirar ese punto que no hace a la cuestión.

**SEÑOR ZUNINO.-** El punto tiene más que la cirugía.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Me refiero a la parte de la cirugía, porque después podemos reglamentar y armar todos los escenarios.

**SEÑORA VARÍN.-** La cirugía no es todo.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Lo tengo claro. Por encima de todo el desarrollo que están haciendo, me parece muy interesante para esta comisión –que por ahora está recibiendo audiencias y todavía no entró a evaluar el proyecto de ley– conocer su opinión sobre la pregunta del senador Otheguy, esto es, si consideran o no fundamental que ese punto figurara en el proyecto de ley. Me gustaría que ustedes, como profesionales, como integrantes de la Sociedad Uruguaya de Pediatría, nos dieran su opinión sobre ese punto; todo lo demás es discutible. Entonces, ¿les parece que lo podemos dejar afuera de este proyecto de ley, ya que no es tan importante o, por lo que se viene diciendo, parecería residual?

**SEÑORA FERNÁNDEZ.-** Acá podemos entrar en el terreno de la opinión y cometer un error tanto si nos inclinamos por la negativa o por la afirmativa. Si uno respeta los derechos de los niños, niñas y adolescentes trans, y los tratamientos, es innecesario que figure el tema quirúrgico y, en general, en algún momento puede ser tenido en cuenta. Ahora bien, si no figura, se puede tomar como una negativa.

Entonces, lo que nosotros creemos es que tienen que figurar todos los tratamientos que se consideren en la evolución, sean médicos o quirúrgicos. La mayoría no se realiza la cirugía, porque no la consideran trascendente, pero en la ley tiene que figurar «médico o quirúrgico», porque si no figura, no está.

**SEÑORA VARÍN.-** ¿Cuál es el miedo? ¿Qué venga un niño de 15 años y diga que se quiere operar? Ese niño va a seguir un proceso y si se considera que tiene madurez, se podrá operar, pero eso no pasa en la realidad. Hemos tratado de conseguir información al respecto para traérselas, pero no está descrito.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Es de público conocimiento que hay profesionales que están totalmente en desacuerdo con lo que ustedes opinan.

**SEÑORA VARÍN.-** Lo sabemos.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Entonces, les pregunto por qué creen ustedes que habiendo estudiado lo mismo y habiendo egresado de la misma universidad, ustedes tienen diferencias con otros

profesionales que, incluso, han manifestado en este ámbito que serían capaces de entregar el título si esto se aprobara.

**SEÑORA VARÍN.-** Estas cosas están teñidas de toda la formación e información que tenemos por la forma como fuimos educados y por filosofías hasta religiosas que nos pueden atravesar. Tratamos de ser lo más objetivos posibles porque no se trata de nuestra vida, sino de la de los niños, niñas y adolescentes y se trata de la salud. Esa es la primera cosa.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Podría decirse que está ideologizado.

**SEÑORA VARÍN.-** Por otra parte, esos mismos colegas que hoy están diciendo que no se los opere, son los que de repente cuando nace un niño intersexo se consideran con la facultad de realizar una anatomía que combine más con lo que parece ser una vagina y no lo es o un clítoris y es un pene chico. Una de las cosas que pide la población intersexo es que se les permita seguir como están y que sean ellos los que tomen la decisión de operarse o no. Sin embargo, esos colegas no tienen problemas en cambiarle la anatomía a esos niños y ponerles un nombre que, quizás, cuando llegan a cierta edad no sea el que les corresponde: no era María, sino Juan. Tenemos que ser conscientes de la omnipotencia que existe en la medicina.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Le agradezco mucho por la respuesta que fue muy clara. Intento aprovechar la presencia de los invitados para sacarme las dudas sobre algo que tiene preocupados a miles de uruguayos. Puede haber varios legisladores que ya estén convencidos o seguros, pero a mí hay cosas que me llaman a atención y pregunto porque quiero saber.

La otra pregunta también tiene que ver con algo que escuché y que me llamó un poco la atención. Si no entendí mal, en algún momento igualan dos situaciones: un niño estaría capacitado tanto para generar la interrupción de un embarazo como para cambiar de sexo. Lo toman como si fuera lo mismo. Se puede decir que casi es una misma decisión cambiar de sexo que interrumpir un embarazo.

**SEÑOR ZUNINO.-** Las decisiones dependen de las personas. Para cada persona las decisiones son particulares, por lo tanto, no podemos igualar la toma de decisiones. Lo digo porque decidir la reasignación de sexo para una persona, no es lo mismo que para otra, entonces, reitero que dependerá de cada uno en particular.

**SEÑORA VARÍN.-** También tiene que ver con los derechos. La Ley n.º 18.426 que es la ley de salud sexual y reproductiva, tiene en cuenta la autonomía progresiva y los derechos de estos jóvenes para decidir. Nosotros queremos que ese mismo inciso 11 que se le agregó al Código de la Niñez y la Adolescencia se considere y por eso lo pusimos. Creemos que sería una forma de no volver atrás respecto de los derechos conquistados. De lo contrario, parecería que faltarían algunos derechos.

**SEÑORA FERNÁNDEZ.-** Algo importante a señalar y sobre lo que estuvimos hablando durante todo este tiempo es que este es un proceso. A ningún niño de seis años se le va a ocurrir venir a hacer un pedido de este tipo porque a esa edad no tiene la madurez suficiente. Sin embargo, los que ejercemos la pediatría sabemos que cuando uno plantea un tratamiento que, por ejemplo, es fútil terapéuticamente en un enfermo terminal, tenga el niño seis u ocho años, se habla con él delante de sus padres o de quien lo esté cuidando.

Entonces, ¿qué diferencia hay cuando uno está hablando de la vida? Eso no quiere decir que nosotros tres, que estamos sentados de este lado, pensemos de la misma manera desde el punto de vista político, filosófico o religioso. En este momento estamos teniendo en cuenta el bien mayor de los niños, niñas y adolescentes y sus procesos que deben ser seguidos adecuadamente. Este es el otro aspecto que nos importa mucho porque entendemos que tiene que haber un equipo multidisciplinario y no cuarenta. Además, este equipo tiene que estar integrado por profesionales formados en este tipo de niños y lo digo aquí porque ustedes son quienes hacen las leyes y ocupan ese lugar porque todos nosotros los votamos. Por lo tanto, reitero que no puede haber cuarenta lugares; habrá dos, tres o cuatro y eso es muy importante que se tenga en cuenta. Habrá que ver cómo se forman los recursos porque yo soy pediatra, ella es sexóloga y Zunino hace años que viene estudiando estos temas y trabaja con adolescentes. Nosotros pusimos todo esto sobre la mesa e invitamos a quienes saben del tema para poder escucharlos. De todos modos, siempre habrá voces en contra y este proyecto de ley caerá bien y mal pero acá tenemos que pensar en el bien mayor de las personas trans que necesitan encontrar una solución a un problema que es real. Entonces, como pediatras no podemos cerrar la

puerta. Hace poco tiempo, un colega nos comentaba que un niño de diez años vino a la consulta con su padre para plantear su situación. La consulta demoró una hora y media porque hacer un seguimiento lleva tiempo y quedaron en un acuerdo mutuo en cuanto a continuar con el acompañamiento a largo plazo.

Muchas veces, sobre todo las personas trans masculinas, cuando llegan a los quince años y las madres y los padres sueñan con su vestido de quince, empiezan a desesperarse porque no quieren vestirse de blanco en una fiesta. Ese es el momento y no va a ser para todos igual porque cada uno de ellos hará la consulta cuando lo desee. El problema es que si no lo transparentamos de esta forma, pueden estar en esta situación durante mucho tiempo. Incluso hay que hablar de los suicidios e intentos de autoeliminación porque al buscar en las redes sociales se encuentran lugares de apoyo que no son seguros. No podemos olvidar que estas personas son víctimas de *bullying,* son hostigadas no solo en sus casas sino también en los lugares donde estudian.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** La opinión de quienes nos visitan es sumamente importante y si bien muchas veces solo escuchamos a las delegaciones porque decidimos no debatir en estas instancias, decidí hacer una serie de preguntas para aclarar todas mis dudas.

Nosotros hemos tenido algunas experiencias y hemos visto casos de discriminación pero ustedes viven el día a día desde el punto de vista científico. También recibimos a algunas madres que venían acompañando a diferentes colectividades, mostrando que eran solidarias y que apoyaban lo que se estaba haciendo. Por lo tanto, hay ejemplos en ese sentido. Sin embargo, recibimos a la ATRU y dejaron en claro que estaban en contra de que los niños pudieran optar por el cambio de sexo porque para ellos debería poder hacerse a partir de los 18 años. Quizás esto es lo que genera la polémica y hace que quiera aprovechar al máximo su presencia para despejar todas las dudas.

**SEÑORA ALONSO.-** Quiero plantear algunas inquietudes a partir de las apreciaciones que hacía la señora Fernández. Ha quedado claro que es necesario acompañar el proceso que hacen estas personas pero creí entender que lo que preocupa aquí es lo que establece el artículo 17 en el sentido de que menores de edad puedan llevar adelante la operación de cambio de sexo por vía judicial, sin el consentimiento de sus padres. Escuché al doctor Zunino hablar sobre los representantes legales y por eso me gustaría saber si la Sociedad de Pediatría estaría de acuerdo con que los menores puedan llegar  a esa etapa por vía judicial, sin el consentimiento de los padres.

**SEÑORA VARÍN.-** Cuando un niño…

*(Dialogados).*

**SEÑORA ALONSO.-** …en la ley no podemos contemplar esas excepciones.

**SEÑORA FERNÁNDEZ.-** Una de las cosas que nos parecen fundamentales tener en cuenta es que los pediatras, por la labor que cumplimos, estamos obligados a tener un vínculo con los padres; generalmente, eso es lo que sucede. Conocemos a esos niños y a sus padres, y somos referentes en ese sentido. O sea que los conocemos. Podemos tener un acercamiento a los padres –claro que podemos intentarlo–, pero ¿por qué decimos que no es adecuada la expresión «representantes legales»? Porque, de pronto, son acompañados por una abuela o por un hermano mayor; los padres muchas veces los rechazan, y ese «muchas veces» en estos casos significa «casi siempre», aunque hay excepciones de padres que aceptamos la situación de nuestros hijos como son, pero no siempre sucede eso. Es por eso que nos pareció que la expresión «representante legal» podía ser omitida en el texto legal; lo digo honestamente. Podría hacerse referencia, por ejemplo, a «un adulto referente»; quizás eso sería mejor, aunque entiendo que haya que utilizarse términos legales. De todas maneras, podría buscarse un sinónimo para eliminar la expresión «representantes legales», que son los que tienen la patria potestad, es decir, nosotros los padres.

**SEÑOR ZUNINO.-** Como ya se explicó, en las leyes anteriores eso está estipulado, pero una cosa es buscar adultos referentes desde la salud y otra es que ningún adolescente sea autónomo. Eso tampoco significa que el artículo 11bis diga que todos los adolescentes van a poder hacerlo en forma autónoma, sino que solo podrán hacerlo algunos, aquellos que tengan la madurez suficiente. Y eso rige para todas las decisiones de índole sanitaria. Consideramos que estas deberían estar incorporadas, al igual que el resto.

**SEÑORA VARÍN.-** Sería bueno aclarar que así como en la Ley n.º 18426 existe la objeción de conciencia, creemos que debe haber profesionales que no están de acuerdo con esto. Entonces, nuestra opinión es que si no están de acuerdo, que no se dediquen a estos temas, por eso es que debe trabajarse en equipo, un equipo que debe tener una sensibilidad y empatía especiales por esta población.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Muchísimas gracias por haber concurrido.

**SEÑORA FERNÁNDEZ.-** Gracias a ustedes por escucharnos.

*(Se retira de sala la delegación de la Sociedad Uruguaya de Pediatría).*

*(Ingresa a sala la delegación de la Cátedra de Endocrinología).*

**SEÑOR PRESIDENTE.-** La comisión recibe a la doctora Beatriz Mendoza, encargada de la Cátedra de Endocrinología, y a la doctora Cristina Alonso, vicepresidenta de la Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo. Muchas gracias por venir.

Nuestra intención es escuchar su opinión con respecto al proyecto de ley relativo al derecho de las personas trans, dado que pretendemos empezar con su análisis después de realizar estas audiencias.

**SEÑORA MENDOZA.-** Buenas tardes a todos y muchas gracias por la invitación. Mi nombre es Beatriz Mendoza, soy especialista en endocrinología y encargada del Servicio de Endocrinología de la cátedra; me acompaña la doctora Cristina Alonso, exprofesora adjunta de la Clínica de Endocrinología y vicepresidenta de la Sociedad Uruguaya de Endocrinología y Metabolismo.

Como se nos pidió, hemos traído un memo –que tienen los señores senadores– en el que, prácticamente, está todo lo que vamos a decir aquí. También hay algunas referencias bibliográficas que figuran al final y, si hay interés de parte de la comisión, podríamos mandarlas vía *e–mail*, aunque me imagino que los señores senadores han de tener un montón de información aportada.

Entonces, para comenzar, realizaremos algunas apreciaciones.

A los niños, al nacer, se les asigna un género según la anatomía genital o los cromosomas. Algunos chicos desde edades tempranas no se identifican con el sexo asignado al nacer sino con el sexo opuesto. Si bien esta disconformidad se presenta de forma variada, la mayor parte de los niños, al comenzar el desarrollo puberal, retoman la percepción del sexo biológico. Esto nos demuestra –como está claramente descrito en la literatura– que la disforia de género en la infancia no necesariamente continúa en la etapa adulta. Estudios de seguimiento de niños y niñas antes de la pubertad –principalmente en niños que fueron remitidos a las clínicas para evaluar la disforia de género–, demuestran que esta se mantuvo hasta la edad adulta solamente en un porcentaje que oscila entre el 6 % y el 25 %.

Estos chicos van a tener un agravamiento de su disforia a medida que su cuerpo se desarrolla en una dirección diferente de su identidad percibida y esta incomodidad suele hacerse más pronunciada al llegar la pubertad. Es importante en este momento definir la pubertad. Se la define como aquellos cambios producidos por las hormonas sexuales: el aumento del tamaño de las mamas en las niñas y de los testículos y el pene en los varones.

Esta disconformidad, si se mantiene en el tiempo, predispone a que la persona presente ansiedad, depresión, aislamiento social, conflictos familiares, trastornos en las conductas, abuso de sustancias e ideas de muerte.

Ahora bien; es importante destacar que en cada caso se debe realizar un exhaustivo análisis en lo que representa la ayuda al niño para aliviar la disforia de género ya que lo que necesite un niño

puede ser diferente de lo que necesite otro.

Este proceso implica evaluaciones en diferentes aspectos y, principalmente, un seguimiento clínico con lineamientos que permitan seguir la mejor conducta. Existen guías internacionales y estudios de investigación que sugieren que el tratamiento de hormonización podría solucionar esta situación. Si bien es un aspecto en el que existen debates y controversias, queda claro que esta decisión debe ser tomada por un equipo interdisciplinario y evaluando todos los aspectos, desde los psicológicos y familiares hasta los médicos y legales.

En lo que respecta exclusivamente al tratamiento de hormonización, si el señor presidente lo permite, voy a ceder el uso de la palabra a la doctora Cristina Alonso quien, además, ha realizado estudios en el exterior sobre este tema y es integrante del equipo que ha formado la guía de hormonización del Ministerio de Salud Pública.

**SEÑORA ALONSO.-** Muchas gracias por recibirnos.

Como decía la doctora Mendoza, de los chicos que pueden tener una disconformidad de género en la infancia o adolescencia, solo un pequeño porcentaje va a tener una persistencia de esa disconformidad. Quiere decir que estamos hablando de que prácticamente un 85 % u 86 % va a revertir y va a mantener la identidad de género de acuerdo a su sexo biológico. Por ende, el tema que nos ocupa hoy está centrado en un grupo muy pequeño de niños y adolescentes, que es en el que persiste ese disconfort de género a lo largo del tiempo.

Esta población, frente a los cambios puberales iniciales, muchas veces presenta un profundo malestar. Hablamos de cuando comienza el desarrollo mamario en la mujer o el crecimiento testicular y peniano en el hombre, momento en que empiezan a tener realmente un malestar y disconfort muy grandes y, por supuesto, con repercusiones psicológicas de relacionamiento social, familiar, académico, etcétera. Es en este grupito –solo en este grupo– en el que se está planteando el uso de inhibidores de la pubertad. Hay otro grupo de individuos que quizás se mantengan como transgéneros pero, si no tienen esta disconformidad, no se plantea realizarles ningún tratamiento. Es en el inicio de la pubertad cuando aparecen los cambios puberales, por cuanto nunca se plantea este tipo de terapéutica en los prepúberes. Sin lugar a dudas, esto tiene un porqué: es para que ellos se enfrenten a ese cambio puberal y se pueda determinar si realmente tienen disconfort o no.

Los fármacos utilizados se denominan análogos de GnRH –algo muy complicado para explicar–, los que básicamente, en forma muy resumida, actúan en la glándula hipófisis e inhiben la síntesis de estrógenos en el ovario y de testosterona en el testículo. En consecuencia, revierten el mínimo cambio puberal que exista o evitan la progresión de la pubertad.

Estos fármacos son de amplio uso en endocrinología, fundamentalmente en pubertad precoz, y por eso son conocidos, más allá de usarse en oncología y otras áreas de la medicina.

¿Cuál es el objetivo de dar estos fármacos en ese pequeño grupo de pacientes con profundo disconfort? Justamente, aliviar el disconfort. No se pretende –entre comillas– «curar» al chico transgénero –o con «disforia de género», como se lo sigue llamando en los manuales de siquiatría– sino simplemente aliviar el malestar y todas las repercusiones que tiene en ese momento. Esto permite, fundamentalmente, dar tiempo a ese niño para que madure desde el punto de vista psicológico y pueda ser observado en cuanto a la persistencia o no de la disconformidad. Sin duda que la elección de este grupo de chicos debe ser muy seria, con un equipo interdisciplinario.

Ahora bien, si algún niño se nos escapa y efectivamente retrocede en su disconformidad, tendremos la posibilidad de retirar estos fármacos que son reversibles, según ya está demostrado por todos los usos en endocrinología. Por lo tanto, cuando se suspenden los fármacos, el chico comienza nuevamente con su pubertad, en el curso de su sexo biológico, no afectándose su fertilidad.

No estamos hablando de hormonas feminizantes ni masculinizantes. Se trata de hormonas que nunca se emplean antes de los 15 o 16 años. Es un fármaco que básicamente deja al niño prepúber, o con una pubertad mínima, en tiempo de espera.

En nuestro país ya hay algún caso aislado que recibió tratamiento. Como saben los señores senadores, en medicina seguimos básicamente lo publicado en guías internacionales y ese tratamiento está avalado allí.

Con respecto a la ley trans, en realidad como médicos no hemos charlado. Sin embargo, nuestra actitud como médico frente a un chico transgénero será la misma, venga acompañado o no de sus padres. Ojalá venga con sus padres, porque sin lugar a dudas todo este proceso marchará mejor si viene acompañado de su familia, pero no cambiará en cuanto a los protocolos establecidos sobre el manejo de la situación de estos chicos, que sin duda se realizan en forma muy rigurosa e interdisciplinaria.

**SEÑORA XAVIER.-** Agradezco la presencia de la delegación de endocrinología.

Quisiera saber si manejan la categoría de disforia para esta situación. Lo consulto porque hay quienes dicen que es una verdadera disforia, que supone ser parte de un listado de enfermedades, y otros argumentan que están allí porque, en definitiva, hay otras razones extramédicas para conformar un listado en particular cuando se dan situaciones de seguros, que requieren de determinada identificación.

La primera consulta, entonces, es si hay un consenso en cuanto a que esta es una situación que obedece a lo diversas que somos las personas y que esto ocurre en cualquier tramo etario o particularmente en la adolescencia, etapa en la que hay un cambio sustantivo.

Por otro lado, se hablaba de que hay que frenar la pubertad cuando se presenta ese disconfort. Lo que no entendí es si ese freno se hace con otro tipo de medicación, es decir, con sustancias que no son hormonas femeninas ni masculinas. Se hace en una etapa de *stand by* o de consolidación de la definición y de la orientación, y luego viene una etapa de feminización. Si entendí correctamente, ¿esa instancia de feminización podría ser previa a una instancia quirúrgica? ¿Es durante? ¿Es posterior?

Como la información es tan diferente según quienes comparecen, me gustaría tener bien claro en qué momento puede decirse que a partir de allí no hay reversibilidad. Obviamente, lo quirúrgico es muy difícilmente reversible, pero la consulta refiere al tratamiento médico.

Creo que todos tenemos muy claro que esto es un proceso. El cambio no se decide en determinado momento, como puede ser el acto final cuando uno va a cambiarse el sexo registral. Naturalmente, aquí se plantea una situación multidisciplinaria, una necesidad no siempre seguida de acompañamiento del entorno. Por tanto, me gustaría saber en qué tiempos ustedes ven estos procesos.

Planteo esto porque llegado el momento de la votación, nosotros tenemos que considerar en particular un artículo referido a los adolescentes, y ese tema siempre ha sido muy debatido en el Parlamento. Si bien el Código de la Niñez y la Adolescencia determina la evolución progresiva de los adolescentes, siempre es difícil determinar si ese puede ser un criterio, si debe tener límites más precisos por parte de la ley. En fin, tenemos ese pequeño tema para resolver. Por tanto, necesitamos la mayor evidencia científica y ustedes, sin duda, aportan de manera muy importante a la definición que debemos adoptar.

**SEÑORA ALONSO.-** Con respecto a la primera pregunta, ustedes saben mejor que yo que en el mundo no hay consenso en terminología. Existe una tendencia por parte de diferentes grupos a evaluar esto como una situación dentro de lo que es la normalidad –por utilizar un término que no es muy agradable– y no dentro de lo que es una patología. Sin embargo, no dejamos de desconocer que sigue estando –imagino que ustedes lo habrán sentido nombrar en la sesión anterior– el diagnóstico de disforia de género en el DSM V, que es el manual de siquiatría.

Nosotros intentamos seguir el camino de individuos que tienen esta situación de transgénero, pero donde la mayoría no tiene ningún trastorno mental. Sin duda que pueden tener situaciones comórbidas. Es por esa razón que debemos estar atentos a ello y evaluarlos con un equipo. En el caso de niños y adolescentes, aún más.

En principio manejamos el término «trans», «transgénero».

Indudablemente, hay un abanico de situaciones muy variado donde podemos encontrar desde pequeñas disconformidades –que se salvan con pequeñas modificaciones– hasta un extremo –que es el que los siquiatras siguen llamando disforia de género– donde el disconfort es extremadamente profundo.

Con respecto al manejo de estos individuos, si hiciéramos el recorrido desde la niñez y adolescencia y coincide que vemos un chico transgénero que cumple determinados criterios como para hacer inhibición de la pubertad, se hace con estos fármacos que se llaman análogos de GnRH, que no feminizan ni masculinizan. Es decir que se espera, es un *stand-by*, como se decía, y si se confirma que el chico es un transgénero, entonces se evaluará en equipo también el momento oportuno para comenzar feminización o masculinización, que es alrededor de los 15 o 16 años. Esto se hace en forma similar a lo que es una pubertad; se comienza con dosis muy bajitas de hormonas simulando una pubertad normal. Las cirugías, de realizarse –que, obviamente, no todos los individuos van a querer realizarlas–, por supuesto que se hacen en la mayoría de edad, y no son un requisito para nada.

**SEÑOR PRESIDENTE.-** Hemos recibido y escuchado a diferentes delegaciones, y para nosotros ha sido fundamental –y lo sigue siendo– recabar insumos para poder empezar a debatir el tema y llevarlo luego al Plenario. Nos hemos nutrido de mucha información y nos es muy útil saber qué opina cada organización de cada uno de los temas. De manera que agradecemos mucho a las representantes de la Cátedra de Endocrinología por su presencia en la sesión de hoy.

Se levanta la sesión.

*(Son las 16:52).*